

14. Desde que se embarazó, ¿ha tomado usted algunas medicinas (receta o sin receta) o drogas de la calle?

___ No ___ Sí
357+/372 - MIHP

- a. Si indica que sí, ¿por cuál problema? _____
b. Si indica que sí, ¿cuál medicinas/drogas? _____
c. Si indica que sí, anote los efectos secundarios, si los tiene _____

15. Favor de marcar (✓) lo que es verdad sobre **este embarazo**:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alguna pérdida de peso durante el embarazo 132+ | <input type="checkbox"/> Menos de 20 años cuando salí embarazada y tenía 3 o más embarazos anteriores que duraron 5 meses o más 333 |
| <input type="checkbox"/> Nausea grave y vómito 301+ | <input type="checkbox"/> Limitación de crecimiento fetal (Retardación de Crecimiento Intrauterino) 336+ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional 302+ | <input type="checkbox"/> Amamantando a otro bebé durante este embarazo 338 |
| <input type="checkbox"/> Menor de 18 años cuando salí embarazada 331-MIHP | <input type="checkbox"/> Alta presión de la sangre debido a este embarazo 345+ |
| <input type="checkbox"/> Menos de 16 meses entre el fin de mi último embarazo y el comienzo de este 332 | |
| <input type="checkbox"/> Esperando por lo menos gemelos o mas 335 - MSS | |

16. ¿Cuál fue la fecha de su primera visita prenatal? _____
334 (después de 13 semanas) - MIHP

¿Cuántas veces ha visitado a su médico para este embarazo? _____
(14-21 semanas: 0, 22-29 semanas: ≤1, 30-31 semanas: ≤2, 32-33 semanas: ≤3, 34 o más semanas: ≤4) 334 - MIHP

17. Favor de marcar (✓) a lo que corresponde sobre cualquier parto **antes de este embarazo**:

- Nunca he sida embarazada
- Historia de diabetes gestacional 303
- Parto prematuro (gestación de 36 semanas o menos) 310+ - MIHP
- Parto un infante que pesó 5 lb. 8 oz. o menos 312+ - MIHP
- Infante falleció después de 5 meses de embarazo, infante falleció antes de cumplir un mes, aborto 321 - MIHP
- Infante nació con un defecto de nacimiento congénito u otros defectos 339
- Infante pesó 9 libras o más 337

18. ¿Tiene usted problemas dentales que le hacen difícil comer? ___ No ___ Sí
381

19. ¿Usted ha tomado vitaminas o minerales en el último mes? ___ No ___ Sí
Si contesta sí, ¿qué está tomando? _____ (Nota para CPA re: 30 mg de hierro como un complemento diario)

20. En el mes antes de estar embarazado con este bebé, ¿cuántas veces por semana tomó usted una multi-vitamina (una píldora que contiene muchas vitaminas y minerales diversos)? _____ veces cada semana

PREGUNTAS SOBRE AMAMANTAR

21. WIC recomienda el amamantar debido a los muchos beneficios para la mamá y el bebé. ¿Ha recibido cualquier información acerca del amamantar? ___ No ___ Sí

22. ¿Dónde se ha informado o quién le dio información acerca del amamantar? Favor de marcar (✓) todos que corresponden.

<input type="checkbox"/> Una mamá que está amamantando actualmente	<input type="checkbox"/> Amigos y familiares
<input type="checkbox"/> Una revista	<input type="checkbox"/> La televisión
<input type="checkbox"/> Un proveedor de servicios de salud	<input type="checkbox"/> Consejera del amamantar
<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> Otro _____

23. Mi experiencia de dar pecho con mi último bebé fue:
___ Maravillosa ___ Buena ___ OK ___ Difícil ___ No amamanté

24. ¿Por cuánto tiempo amamantó a sus otros hijos? _____
25. ¿Tiene problemas con el transporte a sus visitas prenatales o a WIC que lo hace difícil para que usted venga?
 ___ No ___ Sí - MIHP

USO DE ALCOHOL

26. ¿Ha consumido cualquier bebida alcohólica (cerveza, vino, licor, etc) durante este embarazo, aún antes que se descubrió que estaba embarazada? ___ No ___ Sí
 372 - MIHP

27. Durante los **tres meses antes de que se embarazara**, ¿por cuántos días cada semana o cada mes tomó bebidas alcohólicas como promedio? CDC
 Número de días cada semana _____ O Número de días cada mes _____

28. Durante los **tres meses antes de que se embarazara**, en los días que tomaba, ¿como cuántas bebidas tomaba como promedio? CDC
 Una bebida es: una copa de licor, una lata o botella de vino,
 una lata o botella de cerveza, un vaso de vino, o un cóctel
 Número promedio de bebidas _____ O Nada de bebidas _____

29. Durante los **últimos tres meses**, ¿cuántos días cada semana o cada mes tomó bebidas alcohólicas como promedio? CDC
 Número de días cada semana _____ O Número de días cada mes _____

30. Durante los **últimos tres meses**, en los días que tomaba, ¿como cuántas bebidas tomaba como promedio? CDC
 Número promedio de bebidas _____ O Nada de bebidas _____

USO DE TABACO

31. ¿Ha fumado cigarrillos, pipas o cigarros durante este embarazo, aún antes de descubrirlo que estaba embarazada? ___ No ___ Sí 371 (tabaco) - MSS

32. Durante los **tres meses antes de que se embarazara**, ¿cuántos cigarrillos, pipas, o cigarros fumaba al día? (20 cigarrillos = 1 paquete) CDC
 Cantidad por día _____ O No fumaba _____

33. Como promedio, ¿como cuántos cigarrillos, pipas o cigarros fuma al día **ahora**? CDC
 Cantidad por día _____ O Yo no fumo _____

34. ¿Cómo ha cambiado sus hábitos de fumar **durante este embarazo**?
 ___ No fumé (8) ___ No hubo cambio, traté de reducirlo pero no pude (3)
 ___ Lo dejé completamente (2) ___ No hay cambio, sigo fumando igual (7)
 ___ Fumo menos (1) ___ No sé (9)
 ___ Empecé a fumar (4)

Staff Use Only

Days prepregnancy

Drinks prepregnancy

Alcohol now days/week

Alcohol now drinks/day

Cigarettes prepregnancy

Cigarettes now

Cigarettes change

PREGUNTAS SOBRE LA DIETA

Su salud:

Describe los bocadillos y comidas que le gusta:
(¿cuándo, dónde, con quién?)

¿Cuáles son los alimentos que usted cree que debería consumir más a menudo?

¿Cómo se siente sobre su peso/aumento de peso?

¿Qué actividades le gusta para pasar el tiempo?

¿Cuántas comidas consume la mayoría de los días? ____ ¿Cuántos bocadillos consume la mayoría de los días? ____

¿Cuántas veces bebe leche en un día? ____

Mi apetito es usualmente: Bueno ____ Regular ____ Pobre ____

¿Se encuentra bajo una dieta especial (prescrito por un médico)? ____ 403+

¿Cuántas veces por semana se alimenta con comida rápida? ____

¿Come pescados de los ríos y de los lagos de Michigan? ____

**¿Consume o bebe algunos de los siguientes alimentos todos los días o casi todos los días?
(marque todos los que correspondan)**

1. ____ Leche Qué clase _____
2. ____ Bebidas gaseosas (pop) u otras bebidas endulzadas
3. ____ Dulces o bocadillos salados
4. ____ Granos enteros
5. ____ Frutas y vegetales

¿Consume o bebe algunos de los siguientes? (marque todos los que correspondan) 405

6. ____ Jugo o leche sin pasteurizar (cruda)
7. ____ Queso blando (como feta, brie, camembert, azul o queso estilo mexicano como queso blanco, queso fresco o Panela a menos que se rotule como hecho con leche pasteurizada)
8. ____ Carne roja, pescado, carne de ave o huevos crudos o con poca cocción
9. ____ Brotes crudos o tofu crudo o con poca cocción
10. ____ Paté congelado o pastas a base de carne o mariscos ahumados
11. ____ Perros calientes, fiambre de cerdo y otras carnes de deli que no se calientan hasta el hervor

¿Usted? (marque todos los que correspondan)

12. ___ Se alimenta con una dieta vegetariana estricta 402 o 403
13. ___ Se alimenta con una dieta de bajas calorías/para pérdida de peso 403
14. ___ Sigue una dieta baja en hidratos de carbono, alta en proteínas (como la de Atkins, etc.) 403
15. ___ Come poco debido a una cirugía en el estómago para perder peso 403
16. ___ Regularmente consume elementos no comestibles (cenizas, fibras de alfombra, cigarrillos o colillas de cigarrillos, arcilla, polvillo, goma espuma, trozos de pintura, tierra, almidón para ropa o de maíz) 421
17. ___ Toma suplementos vitamínico o de minerales todos los días 424 (no) ¿Qué clase? _____
18. ___ Usa remedios de suplementos de hierbas o tés 423 ¿Qué clase? _____
19. ___ Toma suplementos de flúor todos los días 424 (no)

Gracias por completar este cuestionario. Favor de avisar al personal que he terminado.

WIC STAFF USE ONLY

Biochemical Risk - 201-P MSS Any value less than the blood values listed in the following chart.		Non-Smoking		Any Smoking Up to 19 cigarettes/day		Any smoking 20 to 39 cigarettes/day		Smoking 40 or more cigarettes/day	
Code	Status	Hct. %	Hgb. gm	Hct. %	Hgb. gm	Hct. %	Hgb. gm	Hct. %	Hgb. gm
201	P First trimester (0 thru 13 weeks)	<33.0	<11.0	<34.0	<11.3	<35.0	<11.5	<35.0	<11.7
201	P Second trimester (14 thru 26 weeks)	<32.0	<10.5	<33.0	<10.8	<34.0	<11.0	<34.0	<11.2
201	P Third trimester (27 or more weeks)	<33.0	<11.0	<34.0	<11.3	<35.0	<11.5	<35.0	<11.7

REFERRAL CODES

- | | | |
|---|---|--|
| _01 EPSDT
_02 Family Planning
_03 Infant Support Services
_04 Maternal Support Services
_05 Hearing Screening
_06 Vision Screening
_07 Public Health Nursing
_08 Children's Special Health Care Serv.
_09 Food Stamps/Cash Out
_10 Family Independence Agency
_11 Medicaid
_12 Preventive/Protective Services
_13 MSU Extension
_14 Intermediate School District
_15 Sub. Abuse Counseling/Treatment
_16 Dental
_17 Private Physician | _18 Registered Dietitian-WIC
_19 Registered Dietitian-Non-WIC
_20 STD Clinic
_21 Well Child Clinic
_22 Com. Mental Health & Mental Health Services
_23 Healthy Kids (MICH-Care)
_24 Prenatal Clinic.
_25 Head Start
_26 CSFP/Focus: HOPE
_27 Emergency Food Pantry/Programs and TEFAP
_28 Non-Food Emergency Services
_29 Job Training Employment
_30 Migrant Services
_31 Parenting Classes
_32 Lactation Specialist
_33 Breastfeeding Peer Support/LLL | _34 Early On
_35 Legal Aid
_36 Environmental Health
_37 Lead Screening
_38 MI Child
_39 Prenatal Enrollment & Coord. Program
_40 Immunization Assessment w/Card
_41 Immunization Assessment-No Card
_42 Immunization Card-No Assessment
_43 No Immunization Card-No Assessment
_44 Vaccinated in WIC
_45 Immunization Referral-Local Imm. Clinic
_46 Immunization Referral-Doctor
_47 No Immunization Needed
_50 New Voter Registration
_51 Voter Changed Address
_52 Voter Registration Declined
_53 Voter Mailed Form |
|---|---|--|

- _59 Social Worker
- _60 Healthy Start
- _61 Summer Feeding Program
- _62 Child Support Services
- _63 Smoking Cessation
- _64 Project FRESH
- _65 Women's Shelter/Resource
- _66 Strong Families-Safe Children
- _67 Maternity Outpatient Medical Services Program (MOMS)
- _95 _____
- _96 _____
- _97 _____
- _98 _____
- _99 _____

CPA Notes/Nutrition Education Plan:

The following breastfeeding information was provided:

- Pamphlets
 Prenatal BF classes
 BFI/LLL/LC
 Referrals
 Other

Pregnancy Confirmed: Sí No Will confirm at next visit

CPA Signature _____

Date _____